

**Neurodermitis constitutionalis
infantum und Dermatitis
seborrhoides**

(Eine katanamnestische Untersuchung)

Maria Sommer

AUS DER DERMATOLOGISCHEN KLINIK UND POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. A. Marchionini

**Neurodermitis constitutionalis infantum
und Dermatitis seborrhoides**

(Eine katanamnestiche Untersuchung)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Maria Sommer

aus Teuchern bei Weißenfels/Saale

München

1959



5349/60

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Professor Dr. A. MARCHIONINI

Dekan: Professor Dr. H. SCHWIEGK

Tag der mündlichen Prüfung: 1.12.1959

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. EINLEITUNG	5
B. NEURODERMITIS CONSTITUTIONALIS INFANTUM UND DERMATITIS SEBORRHOIDES - EINE KATANAMNES- TISCHE UNTERSUCHUNG	6
1. Diagnosestellung	6
2. Auswahl der Fälle	6
3. Geschlechtsverteilung	7
4. Altersverteilung beim ersten Auftreten der Erkrankung	7
5. Abhängigkeit bzw. Auslösen des Auftretens der ersten Hauterscheinungen von	8
a) Geburtsverlauf und -gewicht	8
b) Impfungen und Infekten	8
c) der Säuglingsernährung	10
6. Der Verlauf der Erkrankung	14
a) Angaben in der Literatur	14
b) Durchführung der Katanamnese	19
c) Schlußfolgerungen	28
7. Erblichkeitsmomente bei Neurodermitis constitutionalis infantum	30
C. ZUSAMMENFASSUNG	34
D. LITERATURVERZEICHNIS	37
E. LEBENSLAUF	40



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A. EINLEITUNG

Während bei MORO (1932) die Neurodermitis vom primären Ekzema infantum abgegrenzt wird, geben HILL und SULZBERGER (1935) mit der Schaffung des Begriffs "atipic dermatitis" ("Infantile Eczema of Atopic Typ" und "Atopic Dermatitis in Adult") die einzelnen Verlaufsformen der Erkrankung in den verschiedenen Lebensabschnitten an. Jedoch fehlten ihnen genauere statistische Angaben darüber, in welchem Prozentsatz aus einem "Infantile Eczema of Atopic Typ" eine "Atopic Dermatitis in Adult" entsteht. Die größte Schwierigkeit für eine entsprechende katanamnestiche Untersuchung liegt in der primären Diagnosestellung, da ein pathognomonisches Zeichen erster Ordnung nicht existiert, auch eine positive Intracutantestreaktion kann nicht als solches gelten (HILL 1952, O'DONELL 1957).

Es ist die Aufgabe der vorliegenden Arbeit, anhand von Literaturangaben, Auswertungen von Krankheitsgeschichten und einer durchgeführten Katanamnese den kontinuierlichen Verlauf der Erkrankung herauszustellen.

Für die folgenden Untersuchungen soll die in dem Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten (Ergänzungswerk) von MIESCHER und Mitarbeitern angeführte Bezeichnung "Neurodermitis constitutionalis" verwendet werden mit dem Beiwort "infantum", das auf die für den Säugling eigentümlichen Erscheinungen aufmerksam machen soll.

Da einerseits nicht bekannt ist, warum sich eine Neurodermitis aus einem Ekzem entwickeln soll, so ist andererseits eine Berechtigung zu der Annahme gegeben, daß diese primär vorhanden ist, wenn auch bei Säuglingen das häufigere Vorkommen deren ekzematisierter Form möglich ist.

Inwieweit unter den angeführten Fällen solche mit einem Kontaktekzem zu finden sind, läßt sich nicht einwandfrei feststellen, desgleichen ist auch die Differentialdiagnose zur Dermatitis seborrhoides nicht immer exakt durchzuführen.

B. NEURODERMITIS CONSTITUTIONALIS INFANTUM UND DERMATITIS SEBORRHOIDES - EINE KATANAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG

1. Diagnosestellung

Für die folgenden Untersuchungen standen die entsprechenden Krankengeschichten von 16 Jahrgängen (1942 - 1957) der Dermatologischen Universitätsklinik München zur Verfügung. Die Auswahl von 759 Krankengeschichten zeigte eine Vielzahl von diagnostischen Benennungen. In 448 Fällen wurde das Wort Ekzem verwendet, und zwar als Ekzema infantum, Säuglings-, Kopf-, Gesichts-, disseminierte, chronisch rezidivierendes, universelles, intertriginöses, generalisiertes, impetiginisiertes, sekundär infiziertes und dyshidrotisches Ekzem. Milchschorf und sekundär infizierter Milchschorf wurden 26mal erwähnt. 54mal kam eine seborrhoische Dermatitis vor, und zwar unter den Bezeichnungen seborrhoisches Ekzem, Seborrhoe der Kopfhaut, seborrhoisches Ekzematoid, ekzematisierte Dermatitis. 218mal wurde eine Neurodermitis diagnostiziert, wobei auch die Synonyma atopische ekzematisierte, sekundär infizierte Neurodermitis, exsudatives, kindliches, frühexsudatives, spätexsudatives Ekzematoid oder Ekzematoid ROST verwendet wurden. Ferner wurden 2mal eine gemischte Neurodermitis und seborrhoische Dermatitis angegeben, einmal, wohl irrtümlicherweise, "chronische Urticaria".

Unter allen aufgeführten Diagnosen fanden sich Fälle, die später einwandfrei als eine Neurodermitis bezeichnet werden konnten.

2. Auswahl der Fälle

Die Auswahl des Untersuchungsgutes birgt insofern einen Mangel, als nur besonders schwer erkrankte und vernachlässigte Kinder in der Hautklinik zur Aufnahme zu kommen pflegen. Fast alle leichteren Fälle werden mit Erfolg von den Haus- bzw. Kinderärzten oder den Müttern behandelt. So werden die Ergebnisse von vornherein ein Überwiegen der schwerer verlaufenden und therapieresistenteren Neurodermitis erwarten lassen. Aus diesem Grunde wurde auch auf eine genauere mathematisch-statistische Auswertung verzichtet. Zum Vergleich werden die Ergebnisse anderer Autoren angeführt.

Unter den oben angeführten Diagnosen kamen also in den letzten 16 Jahren

(1942 - 1957) 759 Kinder zur Aufnahme. Die jährliche Aufnahmezahl blieb größenordnungsmäßig gleich. Eine Abnahme der Anzahl oder der Schwere der Erkrankungen konnte weder anhand des vorliegenden Materials noch von anderen Autoren (OPITZ 1955) festgestellt werden.

3. Die Geschlechtsverteilung

Die Geschlechtsverteilung dieser nicht weiter aufgeschlüsselten kindlichen Ekzeme bzw. Ekzematoide (= ekzemähnliche Dermatosen) läßt eine etwas höhere Morbidität für Knaben erkennen. Folgende Angaben finden sich in der Literatur: (siehe Abb. 1).

BAMBER (1931)	50 Fälle, davon 25,0 % Mädchen,
MORO und KOLB (1910)	100 Fälle, davon 37,0 % Mädchen,
BACAL (1938)	90 Fälle, davon 37,8 % Mädchen,
WYSS (1922)	186 Fälle, davon 38,4 % Mädchen,
EDGREN (1943)	395 Fälle, davon 39,2 % Mädchen,
SMYTH, BAIN, STALLINGS (1931)	160 Fälle, davon 39,4 % Mädchen,
NELSON (1933)	68 Fälle, davon 42,6 % Mädchen,
GOODMAN und BURR (1937)	206 Fälle, davon 49,0 % Mädchen.

Die eigenen Untersuchungen ergaben bei 759 Fällen den Anteil von 45,7 % Mädchen.

FINKELSTEIN (1935) gibt das häufigere Erkranken von Knaben sogar mit dem Verhältnis 2:1 an. Eine Erklärung hierfür wird mit dem leichteren Erkranken von Knaben an sich versucht (EDGREN 1943). Im Vergleich zum vorliegenden Material von nicht näher definiert ekzematoid Erkrankten gibt dagegen KORTING (1954) für gesicherte Neurodermitisfälle an, daß im ersten Lebensjahr bei diesen beide Geschlechter etwa gleichhäufig erkranken.

4. Altersverteilung beim ersten Auftreten der Erkrankung

Die Altersverteilung beim ersten Auftreten der nicht aufgeschlüsselten Ekzeme und Ekzematoide geht mit einem Vergleich zu den Angaben KORTINGs (1954) aus Abb. 2 und mit einem solchen zu den Angaben EDGRENs (1943) aus Abb. 3 hervor. Die Abb. 4 gibt das Ersterkrankungsalter für die Dermatitis seb. inf. an. Ein Vergleich der Abbildungen 2, 3 und 4 weist nach, daß die Unterscheidung einer Neurodermitis const. inf. von der Dermatitis seb. inf. aufgrund des Ersterkrankungsalters nicht möglich ist. Für die Dermatitis seb. inf. gilt zwar der Satz, diese Krankheit sei in ihrem Auftreten an die ersten Le-

bensmonate gebunden, er gilt jedoch nur insoweit, als nach dieser Zeit keine neuauftretende Dermatitis seb. inf. mehr diagnostiziert werden kann. Der Ausschluß einer kindlichen Neurodermitis durch die Vorstellung, daß diese Krankheit erst nach dem ersten Trimenon beobachtet werden könnte, ist daher nicht berechtigt. Das Auftreten einer Neurodermitis const. inf. zu einem früheren Zeitpunkt ist nicht einmal so selten. Von den vorliegenden Fällen, diejenigen mit der feststehenden Diagnose Dermatitis seb. inf. ausgeschlossen, erkrankten allein 179 Kinder in den ersten drei Lebensmonaten.

5. Abhängigkeit bzw. Auslösung des Auftretens der ersten Hauterscheinungen von

a) Geburtsverlauf und -gewicht

EDGREN (1943) konnte an 2 Kollektiven von 308 Ekzem- und 310 Kontrollkindern keinen Beleg dafür finden, daß Kinder mit einem niedrigen Geburtsgewicht für "Ekzema infantum" mehr disponiert sind als andere.

Von den untersuchten 759 Kindern ließ sich bei nur etwa 20 % das Geburtsgewicht in Erfahrung bringen. Alle Angaben lagen über 2 500 g, mit Ausnahme von 4 Frühgeburten, die mit geringeren Gewichten zur Welt kamen. Die Feststellung EDGRENS wird so bestätigt. Als nicht normale Geburtsverläufe ergaben sich im vorliegenden Material 4 Schnittenbindungen, 6 Zangen- und 9 Steißgeburten (= ca. 3,5 %). Von einer auffälligen Häufung kann damit nicht gesprochen werden.

b) Impfungen und Infekten

Im Zusammenhang mit einer Impfung erkrankten etwa 1 % der Kinder, und zwar in 3 Fällen nach Pockenschutz-, bei 3 weiteren nach Diphtherie- und einmal nach Typhusschutzimpfung. Dem Impfreiz kann aufgrund dieser Aufstellung kaum eine "vermutbare bahnnende Wirkung" (KORTING 1954) zuerkannt werden.

18mal konnte der Krankheitsbeginn nach Abheilung einer Infektion gesehen werden, in 7 Fällen nach einer Otitis media, 3mal nach multiplen Schweißdrüsenabszessen, nach Pneumonie und Varizellen je 2mal, nach Bronchitis, Scharlach, schwerem grippalen Infekt und Conjunktivitis je 1mal. Bei einem Teil dieser Erkrankungen besteht jedoch die Möglichkeit, daß es sich seinerseits um mikrobielle Ekzeme (Otitis med., Conjunktivitis) gehandelt hat. Von einer auffälligen Häufung des Zusammentreffens von Ekzembeginn und Infekt kann auch hier nicht gesprochen werden.

Tabelle 1

Angaben über den Prozentsatz Mädchen in der Literatur

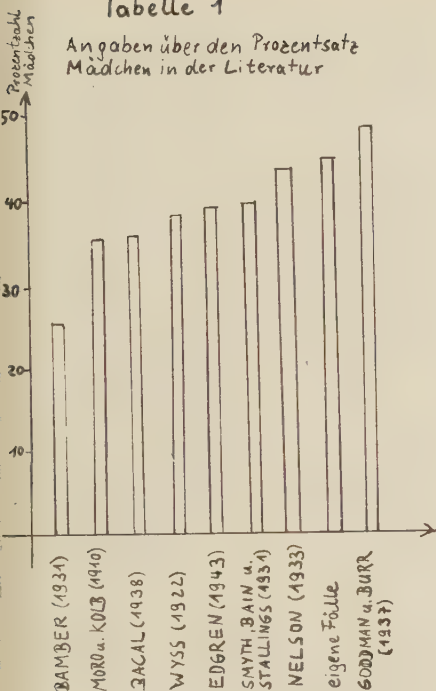


Tabelle 2

Vergleich der Angaben über das Erst-erkrankungsalter bei KORTING (----) und eigene Fälle (—).

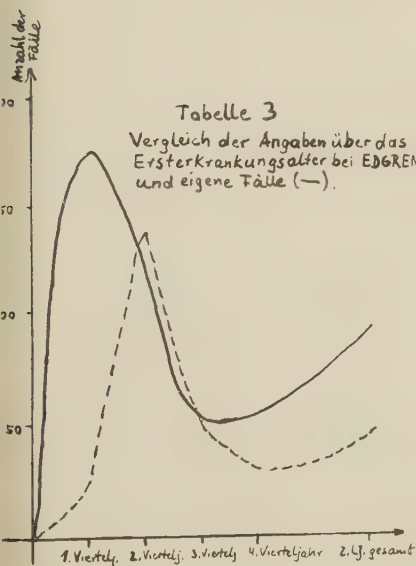
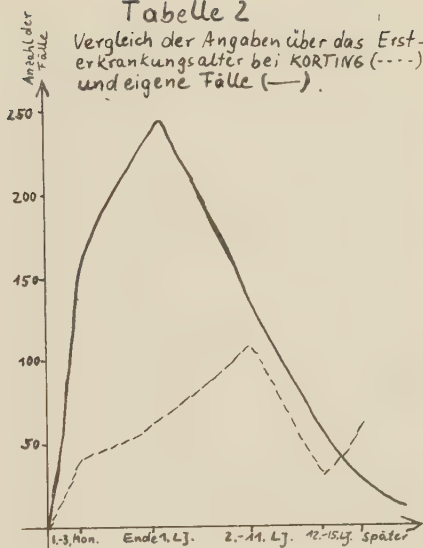
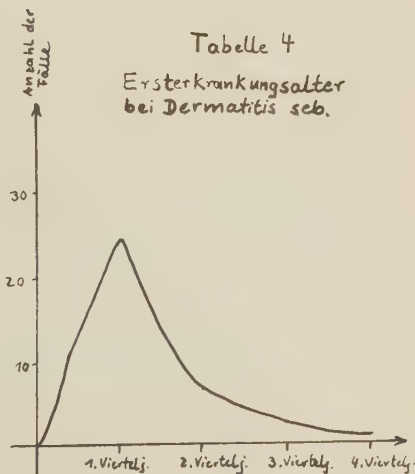


Tabelle 3

Vergleich der Angaben über das Erst-erkrankungsalter bei EDGREN (---) und eigene Fälle (—).

Tabelle 4

Ersterkrankungsalter bei Dermatitis seb.



c) der Säuglingsernährung

Der Einfluß der Säuglingsernährung auf die Erstmanifestation der Neurodermitis const. inf. oder anderer ekzematoider Dermatosen müßte sich im Vergleich des Erstmanifestationsalters zur Dauer der Stillzeit bzw. zum Zeitpunkt des Abstillens ausweisen. Von EDGREN (1943) wurden daher 306 kürzer oder länger an der Brust genährte "Ekzemkinder" entsprechend untersucht. Er kam zu folgendem Schluß: Die künstliche Ernährung bedeutet weder eine Erhöhung der Ekzemdisposition noch wirkt sie in einem höheren Grade direkt ekzemauslösend. Abb. 5 zeigt den durchschnittlichen Zeitpunkt des ersten Auftretens der Hauterscheinungen und die Dauer der Stillzeit an. Es liegen keine Abweichungen vor, die irgendeine Schlußfolgerung erlauben außer der, daß unterschiedslos Brustkinder, künstlich ernährte Kinder und solche in der Umstellungszeit von der einen auf die andere Ernährungsweise erkranken. Zählt man die Werte der Gruppen I und II, sowie der Gruppen III und IV (vergl. Abb. 5) zusammen, so ergeben die Mittelwerte sogar eine genaue Übereinstimmung im durchschnittlichen Lebensalter bei Erkrankungsbeginn: 5,2 Monate.

Zu Abbildung 5:

Stillzeit:

Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Gruppe IV
0 - 2 Mon.	2 - 4 Mon.	4 - 6 Mon.	mehr als 6 Mon.
23,2 %	17,0 %	39,9 %	19,9 %

Dazu das durchschnittliche Ersterkrankungsalter:

Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Gruppe IV
5,6 Mon.	4,8 Mon.	5,0 Mon.	5,3 Mon.

Bei 513 unserer 759 Patienten lagen genaue Angaben über deren Ernährungsweise im Säuglingsalter vor. Es war bei 477 von ihnen die Diagnose einer Neurodermitis bzw. eines kindlichen Ekzems gestellt worden, bei 36 die einer Dermatitis seborrhoides.

Von den 477 Neurodermitispatienten waren 59 überhaupt nicht gestillt worden (= 12,6 %), 418 waren gestillt worden (= 87,4 %). Abb. 6 gibt die Dauer der Stillzeiten an.

Zu Abbildung 6:

Nicht gestillt:	0 - 2 Mon.	2 - 6 Mon.	6 Monate oder länger gestillt
59	191	179	48
= 12,6 %	= 40,4 %	= 37,0 %	= 10,0 %

Von 59 nichtgestillten Kindern erkrankten 37 im ersten, 12 im zweiten und 3 im dritten Lebensjahr, 7 später, jedoch noch vor der Pubertät (vergl. Abb. 7).

Von den gestillten Kindern (418 = 100 %) erkrankten während der Stillzeit: (vergl. Abb. 8)

0 - 2 Mon.	2 - 6 Mon.	6 Mon. oder länger
23 = 5,5 %	43 = 10,3 %	21 = 5,0 %

Von den gestillten Kindern erkrankten während des Abstillens oder kurz nach der Nahrungsumstellung: (vergl. Abb. 9)

0 - 2 Mon.	2 - 6 Mon.	6 Mon. oder länger
46 = 11,0 %	57 = 13,7 %	6 = 1,4 %

Unabhängig von der Stillzeit (vergl. Abb. 10) erkrankten 222 Kinder. Daraus ergibt sich das Verhältnis der im Zusammenhang mit der Stillzeit zu den unabhängig davon Erkrankten = 196 : 222 Fällen (= 47 % : 53 %).

Um diese Ergebnisse mit denen EDGRENS (1943), dessen Material nur bis zum vollendeten 2. Lebensjahr erkrankte Kinder umfaßt, vergleichen zu können, wurden für die folgende Aufstellung (vergl. Abb. 11) die nach dem 2. Lebensjahr erkrankten Fälle ausgeschieden.

Bis zum Ende des 2. Lebensjahres waren 412 Kinder erkrankt. Davon waren

nicht gestillt	0 - 2 Mon.	2 - 6 Mon.	6 Mon. oder länger
49 = 11,9 %	169 = 41,0 %	159 = 38,8 %	35 = 8,5 %

Dazu das Durchschnittsersterkrankungsalter mit:

8 Mon.	6,1 Mon.,	7,4 Mon.,	10,4 Mon.
--------	-----------	-----------	-----------

Abb. 5

Durchschnittliches Ersterkrankungs-
alter im Verhältnis zur Stillzeit
nach EDGREN.

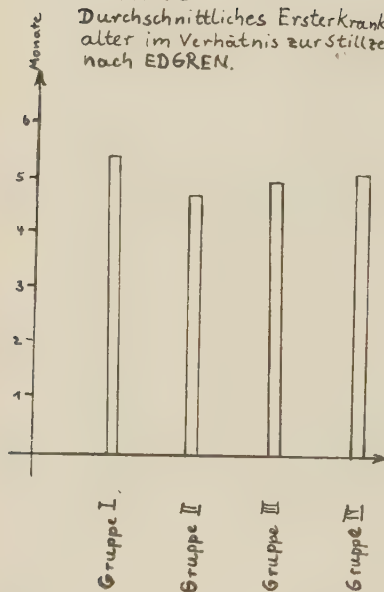


Abb. 6

Stillzeiten für 477 eigene
Fälle

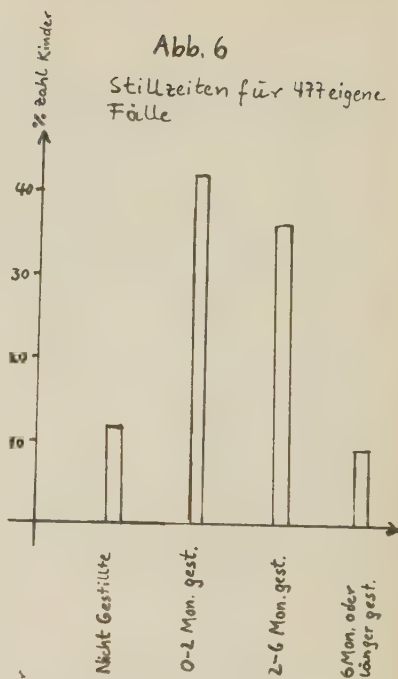


Abb. 7

Ersterkrankungs-
alter für 59 nicht-
gestillte Kinder.



Abb. 8

87 während der
Stillzeit erkrankte
Kinder.

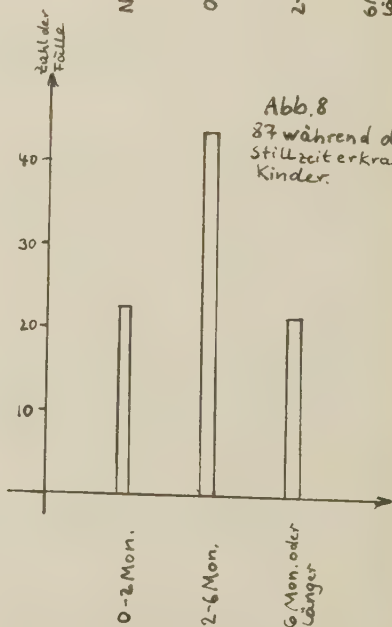


Abb. 9

Erkrankungsziffern
für die Zeit der
Nahrungsumstellung

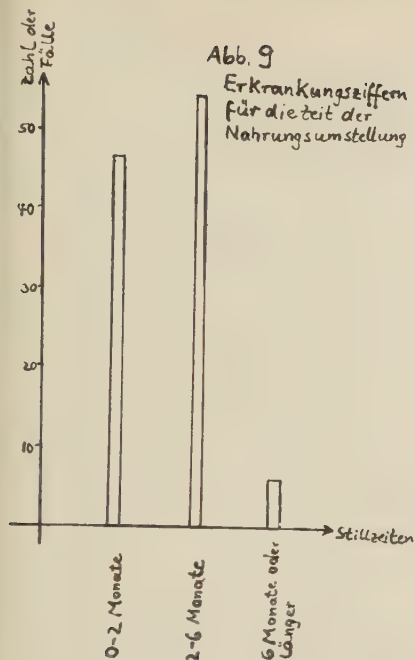


Abb. 10

Verhältnis der im Zusammen-
hang mit der Stillzeit zu den
unabhängig davon Erkrankten.

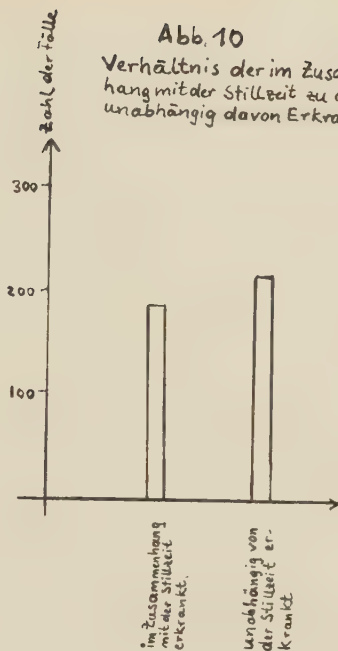


Abb. 11

Vergleich des Durchschnittserkran-
kungsalters im Verhältnis zur Still-
zeit bei EDGREN (—) und eigenen
Fällen (---).

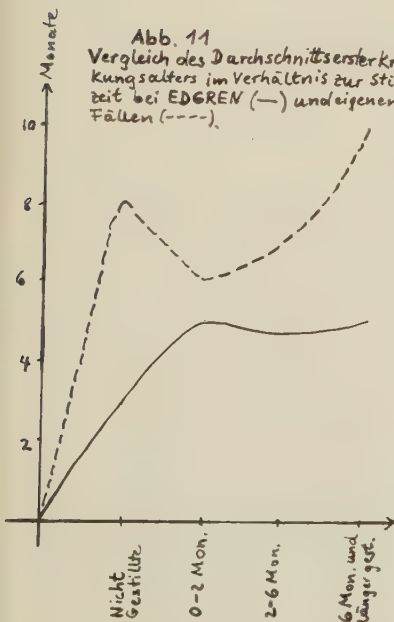
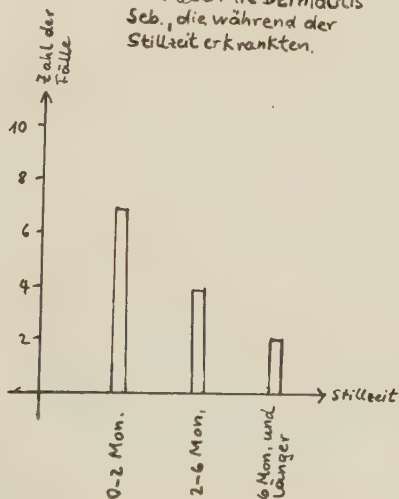


Abb. 12

13 Fälle mit Dermatitis
Seb., die während der
Stillzeit erkrankten.



Für 36 Fälle mit seborrhoischer Dermatitis ergaben sich folgende Werte:

Nicht gestillt wurde 1 Kind, es erkrankte im Alter von 6 Monaten.

Während der Stillzeit erkrankten: (vergl. Abb. 12)

0 - 2 Mon.,	2 - 6 Mon.,	6 Mon. oder länger gestillt
7 = 19,4 %	4 = 11,1 %	2 = 5,6 %

Im Zusammenhang mit dem Abstillen bzw. der Nahrungsumstellung erkrankten: (vergl. Abb. 13)

0 - 2 Mon.,	2 - 6 Mon.,	6 Mon. oder länger gestillt
5 = 13,8 %	2 = 5,6 %	1 = 2,8 %

Unabhängig von der Stillzeit erkrankten 14 (= 38,9 %) Kinder.

Damit ergibt sich das Verhältnis der im Zusammenhang mit der Stillzeit Erkrankten zu den unabhängig davon Erkrankten von 21 : 14.

Aus diesen Übersichten geht hervor: die Ergebnisse EDGRENS (1943) finden ihre Bestätigung. Das durchschnittliche Erstmanifestationsalter ist bei den untersuchten Säuglingen im wesentlichen gleich, es liegt beim eigenen Material etwas später. Es zeigt jedoch keinerlei Abhängigkeit von den verschiedenen Grundformen der Ernährung oder deren Wechsel.

6. Der Verlauf der Erkrankung

a) Angaben in der Literatur

Über den Verlauf der Erkrankung bzw. inwieweit eine Neurodermitis a priori vorhanden war bzw. sich aus einem "Kindereczem" entwickelt habe, ferner über das Verhältnis der Hauterkrankung zu anderen allergischen Erscheinungen wie Asthma, Urticaria, Heuschnupfen, angioneurotischem Ödem, sind in der Literatur folgende Angaben zu finden:

BODDIN (1930) untersuchte 33 Patienten mit Prurigo Besnier (= Neurodermitis). 14 von ihnen waren als Säuglinge erkrankt, die übrigen später. Das Haupterkrankungsalter lag bei 9 Jahren.

HAXTHAUSEN (1925) stellte eine Nachuntersuchung von 38 Neurodermitispatienten an. Davon begann die Erkrankung bei 23 von ihnen während des ersten Lebensjahres, alle übrigen mit 2 Ausnahmen erkrankten vor der Adoleszenz. Außerdem gibt er an, daß die Neurodermitis die Tendenz zeige,

in der Adoleszenz zu verschwinden.

MÜLLER (1929) führte eine Nachuntersuchung bei 200 Fällen von früh- und spätexsudativem Ekzematoid durch. Bei 2/3 der Fälle mit spätexsudativem Ekzematoid ging die Erkrankung auf das Säuglings- bzw. Kleinkindesalter zurück.

BAMBER (1931) erklärt, daß von 83 seiner wegen Neurodermitis nachuntersuchten Patienten 51 ihr Hautleiden auf ein "Gesichtsekzem" zurückführten.

Nach BRUNSTING (1936) hatten von 101 nachuntersuchten Neurodermitispatienten 57 ein "Ekzema infantum".

Nach EDGREN (1943) entwickelte sich bei 18 % von 395 Fällen eine Neurodermitis aus einem "Ekzema infantum".

M. J. PURDY (1953) führte eine Nachuntersuchung von 93 Fällen mit "Kinderekzem" 15 Jahre nach ihrer ersten Klinikbehandlung durch. In 20 % der Fälle hatte sich eine Neurodermitis entwickelt.

Nach MARCHIONINI (1953) beginnt nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Neurodermitisfälle als Kinderekzem. "Die eigentlich entscheidenden Jahre für die Entwicklung des Hautleidens fallen in das frühe Spielalter (zwischen 2. und 4. Lebensjahr) und sogar oft noch später".

Die Dauer des "Ekzems" gibt FINKENSTEIN (1935) als variabel an, der größte Teil würde zu Beginn des Kleinkindesalters ausheilen, fast alle anderen in der Pubertät. Nur in wenigen Fällen bliebe das Ekzem über die Pubertät hinaus bestehen.

Nach MORO und KOLB (1910) heilen die meisten kindlichen Ekzeme zwischen 1 und 1 1/2 Jahren aus.

V. SCHULTHESS-RECHBERG (1918) bekommt bei 63 Fällen folgende Angaben: 17 Abheilungen bis zum 2. Lebensjahr, 10 Abheilungen zwischen 6. und 12. Lebensjahr, 2 Abheilungen in der Pubertät, 7 Fälle hatten noch mit 15 - 22 Jahren ihr Ekzem.

STRANSKY und WEBER (1921) untersuchten 67 Fälle von Ekzemkindern nach. Dabei ergab sich in 38 Fällen die Abheilung in der Säuglingszeit, bei 29 Fällen hielt die Dermatose länger an.

O'KEEFE und RACKEMANN (1929) erhielten von 239 Patienten 193 Angaben über den Verlauf des Ekzems. Bei 70 Fällen war das Ekzem abgeheilt, bei

123 bestand es weiter. Die Dauer der Beobachtungszeit ist nicht angegeben.

BRUNSTING (1936) führt an, daß bei 101 Fällen mit Neurodermitis das Leiden bei 23 kontinuierlich wäre.

M. VOWLES, WARIN und APLEY (1955) führten eine Nachuntersuchung von 84 Patienten durch, die ein Kindereczem gehabt hatten. 1/4 dieser Patienten hatte das Ekzem mit etwa 3 Jahren verloren. In 3/4 der Fälle bestanden Asthma, Heuschnupfen oder Bronchitis.

MARCHIONINI (1953) gibt für die Neurodermitis an, daß in vielen Fällen keine Abheilung bis ins höhere Lebensalter erfolgte. Ein großer Teil der Fälle wird allerdings in der Pubertät erscheinungsfrei. Bei anderen jedoch treten gerade in diesen Entwicklungsjahren erneut Manifestationen auf.

EDGREN (1943) teilt als Maß für die Schwere des Ekzems bezüglich der Prognose seine Fälle in solche mit Gesichts-Kopfeczem (212) und solche mit universellem Ekzem (92) ein. Im Hinblick auf den allgemeinen Verlauf, spätere Rezidive bzw. Dauerkranke und spätere allergische Affektionen teilt er sein Material in 3 Gruppen ein:

- Gruppe I: Stabil Gesunde, d. h. die außer einem Ekzemausbruch in frühester Kindheit weiter keine allergischen Affektionen während der ganzen Beobachtungszeit aufwiesen.
- Gruppe II: Kontinuierlich Kranke, d. h. Patienten, die kontinuierlich krank waren oder nur kürzere gesunde Perioden als 2 Jahre hatten.
- Gruppe III: Instabil Gesunde
 - a) krank vor der Pubertät, dann gesund,
 - b) gesund vor der Pubertät, dann krank,
 - c) krank sowohl vor als auch nach der Pubertät.

Es ergab sich folgende Aufstellung:

	Männer	Frauen	Gesamt
Gesamtzahl	184	120	304
Gruppe I	67 = 36,4 %	45 = 37,5 %	112 = 36,8 %
Gruppe II	39 = 21,2 %	25 = 20,8 %	64 = 21,1 %
Gruppe III	78 = 42,4 %	50 = 41,7 %	128 = 42,1 %
a)	31 = 16,8 %	18 = 15,0 %	49 = 16,1 %
b)	13 = 7,1 %	10 = 8,3 %	23 = 7,6 %
c)	34 = 18,5 %	22 = 18,3 %	56 = 18,4 %

Daraus geht also hervor, daß nur 1/3 der ehemaligen Ekzempatienten als stabil gesund bezeichnet werden können.

1/5 von ihnen hatte während der Beobachtungszeit jährlich allergische Erscheinungen wie Asthma, Urticaria, Heuschnupfen.

Bei einem Vergleich der Kinder mit Ekzema infantum, deren Eltern keinerlei allergische Affektionen aufweisen, mit denen, wo die Eltern eine solche haben, ergibt sich, daß das Risiko, später eine gleichartige allergische Affektion zu bekommen, für die Kinder der letzteren Gruppe wesentlich höher ist.

Auch pfllegt das Risiko der Kinder, deren Ekzem frühzeitig begann, größer zu sein im Hinblick auf das Auftreten weiterer allergischer Affektionen im Gegensatz zu denen, die ihr Ekzem später bekamen. Unterschiede zwischen Stadt- und Landbevölkerung liegen praktisch nicht vor.

In 18 % der Fälle "entwickelte sich aus dem Kinderekzem" eine Neurodermitis. Bei 60 % dieser Neurodermitisfälle nahm die Krankheit einen kontinuierlichen Verlauf. Bei der Frage, bei welchen Fällen aus einem "Kinderekzem" eine Neurodermitis entsteht, liegt das größere Risiko bei denen, die ein universelles Ekzem angeben, einen Beginn vor dem 5. Lebensmonat, eine Allergie bzw. ein Ekzem bei den Eltern.

Ekzemrezidive nach einem mindestens zwei Jahre langen beschwerdefreien Intervall traten bei 24 % des Materials auf. 30 % dieser Rezidivfälle waren vom Typ der Neurodermitis.

Asthma trat bei 23 % der Ekzempatienten auf, als Durchschnittsalter für den Beginn werden 4 Jahre angegeben.

Bei 60 % der frühkindlichen Asthmapatienten hielt dieses auch über die Pubertätsgrenze an.

Heuschnupfen wird bei 10 % der Ekzempatienten angegeben, und zwar ist das mittlere Erkrankungsalter 7,3 Jahre. Die Dauer des Heuschnupfens betrug 5 - 25 Jahre.

Strophulus trat in 5 % der Fälle auf, das mittlere Erkrankungsalter lag bei 1,7 Jahren. Er heilte bei allen Fällen vor dem 16. Lebensjahr aus.

Urticaria kam in 27 % der Fälle vor, mittleres Erkrankungsalter war 2,9 Jahre. Sie trat in 44 % bis zum Ende der Beobachtungszeit auf, bei der die meisten der ehemaligen Ekzempatienten das 20. Lebensjahr überschritten hatten.

Angioneurotische Ödeme traten bei 4 % auf. 6 von den 11 Fällen erkrankten im Alter von 2 Jahren. Bei 7 Fällen trat die Affektion noch am Ende der Beobachtungszeit auf.

Weitere Literaturangaben, zit. nach EDGREN:

Verfasser:	Fälle:	Beob.zeit:	Asthma:	Urtic.:	Stroph.:
MORO und KOLB (1910)	100	3-11 Jhr.	2,3 %	50,0 %	-
V. SCHULTHESS- RECHBERG (1918)					
jüngere Kinder	64	10-12 "	4,7 %	4,7 %	25,0 %
ältere Kinder			7,8 %	12,5 %	4,7 %
O'KEEFE u. RACKEMANN (1929)	239	?	11,3 %	-	-
CASPAR (1937)	112	1-10 "	8,9 %	-	-
SEEBACH (1938)	85	1-16 "	1,2 %	1,2 %	-
RATNER (1938)	111	?	36,0 %	-	-
BACAL (1938)	90	?	63,3 %	16,7 %	2,2 %

Für reine Neurodermitisfälle (zit. nach EDGREN):

Verfasser:	Fälle:	Asthma:	Heuschn.:	Urticaria:
KELLER (1925)	21	19,0 %	-	-
HAXTHAUSEN (1925)	38	18,4 %	2,6 %	-
DRAKE (1928)	28	21,4 %	-	-
ROST u. KELLER (1929)	150	27,0 %	-	-
LEVI (1931)	300	-	-	1,3 %
BRUNSTING (1936)	101	29,7 %	33,7 %	-

Nach KORTING (1954) haben A. MÜLLER, HILL und SULZBERGER eine Asthmafrequenz von 50 % bei Ekzempatienten beobachtet; BAAGORE, BRANDT, NEXMAND und ROST 20 - 33 1/3 %.

Nach KORTINGS eigenen Beobachtungen war das Manifestationsäquivalent von Asthma bei den Ekzemkranken 16,2 %.

PURDY (1953) gibt eine Aufstellung der allergischen Folgekrankheiten des Kinderekzems an. Er zitiert BRAY, der feststellte, daß bei 1/4 der Neurodermitiker Asthma aufzutreten pflegt.

PURDYs eigene Angaben als Resultat von 93 verwendbaren Antworten einer Befragung nach einer Beobachtungszeit von durchschnittlich 20 Jahren:

	Anzahl:	Asthma:	Heufieber:	Neurodermitis:	Migräne:
Männer	62	25=40,3 %	24=38,7 %	18=29,0 %	7=11,1 %
Frauen	31	12=38,7 %	15=48,4 %	5=16,3 %	-
Gesamt	93	37=39,8 %	39=41,9 %	23=24,7 %	7=7,7 %

b) Durchführung der Katanamnese

Um über Verlauf und die sich daraus ergebende Prognose unserer Patienten genauere Angaben zu bekommen, wurde eine katanamnestische Befragung durchgeführt. In dem Fragebogen wurden folgende Fragen an die Eltern der kleinen Patienten gerichtet, die aus dem Krankengeschichtenmaterial der Jahrgänge 1942 - 1957 der Dermatologischen Universitätsklinik München ausgewählt worden waren: Hat das Kind seit der damaligen Klinikbehandlung wieder ein "Ekzem" gehabt; wenn ja, wie oft und zu welchem Zeitpunkt; war es dauernd ekzemkrank; trugen äußere Ursachen zur Verschlechterung bei; traten die Rückfälle immer zu einer bestimmten Jahreszeit auf; wenn ja, zu welcher; wurde das Kind in einer anderen Klinik behandelt; wenn ja, in welcher, mit welchem Erfolg; welche Behandlung bzw. Pflege führen Sie zur Zeit bei Ihrem Kind durch; hat es in der Zwischenzeit andere Krankheiten durchgemacht; leidet oder litt es an Asthma, Heuschnupfen, Nesselsucht; traten die letztgenannten Krankheiten zusammen mit dem Ekzem auf; in welchem Lebensalter hatte Ihr Kind diese Krankheiten; haben oder hatten die Eltern des Kindes eine der genannten Krankheiten; leiden oder litten Ihre anderen Kinder an Ekzem, Asthma, Heuschnupfen oder Nesselsucht; welches Aussehen hat bzw. hatte das Ekzem Ihres Kindes, juckte es näßte es, eiterte es, häufig oder selten; saß das Ekzem im Gesicht, in der Kniekehle oder Ellenbeuge, an Händen oder Füßen, am Rumpf oder überall?

Von den 300 für diese Befragung ausgewählten Fällen trafen 153 (= 51 %) verwendbare Antworten ein. 25 % der Briefe kamen als unzustellbar zurück. Diejenigen Briefe, die wohl ihren Empfänger erreichten, jedoch nicht beantwortet worden sind, lassen wohl darauf schließen, daß die Erkrankung wahrscheinlich abgeheilt ist, zumindest jetzt nicht mehr so wichtig genommen wird.

Von den 153 Fällen sind 85 Knaben und 68 Mädchen. 10 Fälle beziehen sich auf die Diagnose der Dermatitis seborrhoides. Die übrigen 143 Fälle gehören zu den nichtaufgeschlüsselten Ekzemen bzw. Ekzematoiden.

Anhand der Befragung lassen sich die Patienten dieser Gruppe in drei Einzelgruppen einteilen, nämlich in solche (Gruppe 1), bei denen die Erkrankung bis zum Ende des zweiten Lebensjahres abgeheilt ist und keine Rezidive aufgetreten sind. Die Gruppe 2 umfaßt die Patienten, bei denen einzelne Rezidive auftraten, jedoch seltener als einmal jährlich, diese können deshalb nicht als kontinuierlich krank bezeichnet werden. In Gruppe 3 sind die ständig Kranken zusammengefaßt, bei denen mindestens einmal im Jahr ein Rezidiv aufgetreten ist.

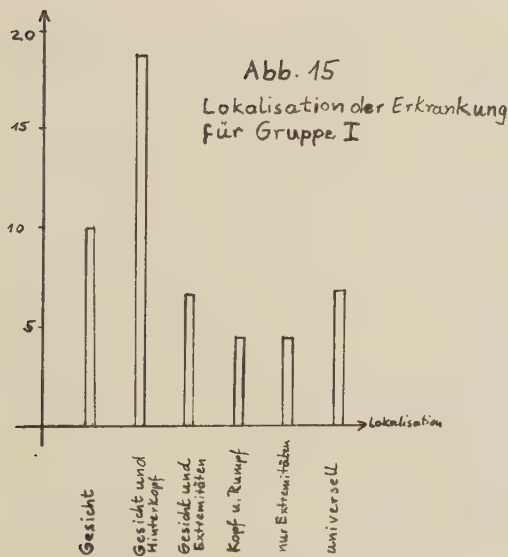
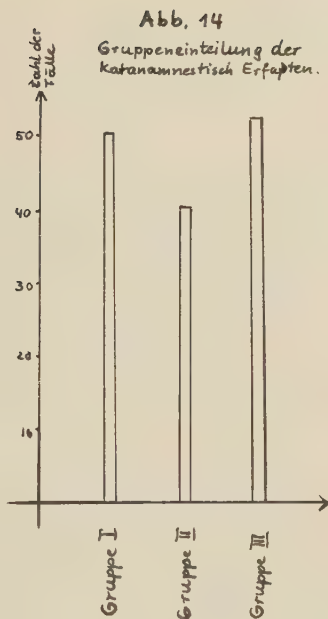
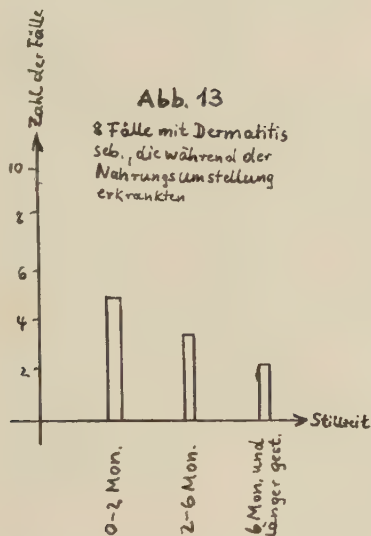
Diese drei Gruppen stehen im folgenden Verhältnis zueinander: (vergl. Abb. 14) Gruppe 1 : 50 Fälle, Gruppe 2 : 41 Fälle, Gruppe 3 : 52 Fälle.

Zu Gruppe 1:

Von den 50 Fällen sind 24 Knaben und 26 Mädchen. Wie oben angeführt, trat bei ihnen die Erkrankung mit einem einmaligen Schub vor der Vollenendung des zweiten Lebensjahres auf und heilte auch vor diesem Zeitpunkt wieder ab.

In keinem der Fälle wurde ein Rezidiv angegeben. Die Beobachtungszeit von der damaligen Erkrankung bis zur jetzt durchgeführten Katanamnese liegt zwischen 2 und 20 Jahren. Etwa ein Drittel dieser Kinder hat die Pubertäts-grenze, wenn man diese willkürlich auf das 13. - 14. Lebensjahr legt, bereits überschritten.

In der folgenden Aufstellung wird das jetzige Lebensalter der ehemaligen bis zum 2. Lebensjahr erkrankten Patienten, bezogen auf die rezidivfreie Beobachtungszeit, angegeben:



Anzahl der Fälle:

Jetziges Lebensalter:

2	4 Jahre alt
3	6 " "
1	7 " "
7	8 " "
3	9 " "
5	10 " "
4	11 " "
7	12 " "
4	13 " "
2	14 " "
2	15 " "
3	16 " "
4	17 " "
1	18 " "
2	22 " "

In keinem dieser Fälle wurden Erkrankungen an Asthma, Urticaria oder Heuschnupfen angegeben.

In der Familienanamnese (je ein Elternteil) von 2 Fällen wurde Asthma angegeben.

Bei den meisten der zur Gruppe 1 gezählten Fällen betraf die Erkrankung Gesicht und Hinterkopf, jedoch liegen neben Befall der Extremitäten auch Fälle von universeller Ausbreitung vor.

Abb. 15 gibt die Lokalisation der Erkrankung in Bezug auf die Anzahl der Fälle an:

Lokalisation:

Anzahl der Fälle:

Nur Gesicht	10 = 20 %
Gesicht und Hinterkopf	18 = 36 %
Gesicht und Extremitäten	7 = 14 %
Kopf und Rumpf	4 = 8 %
Nur Extremitäten	4 = 8 %
Universeller Befall	7 = 14 %

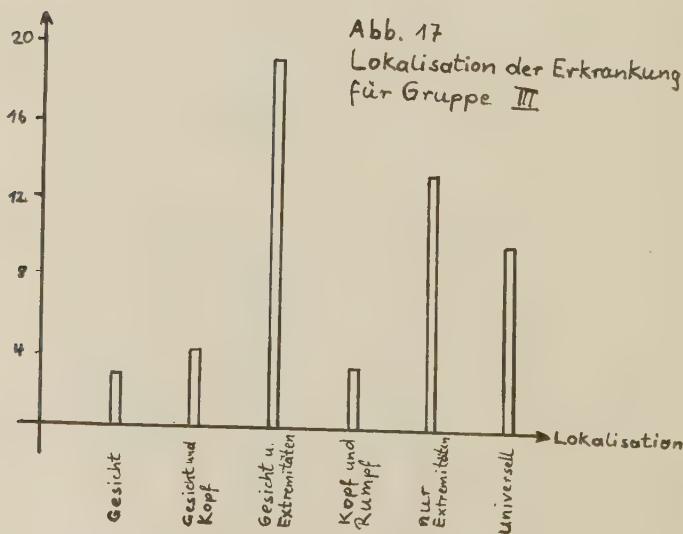
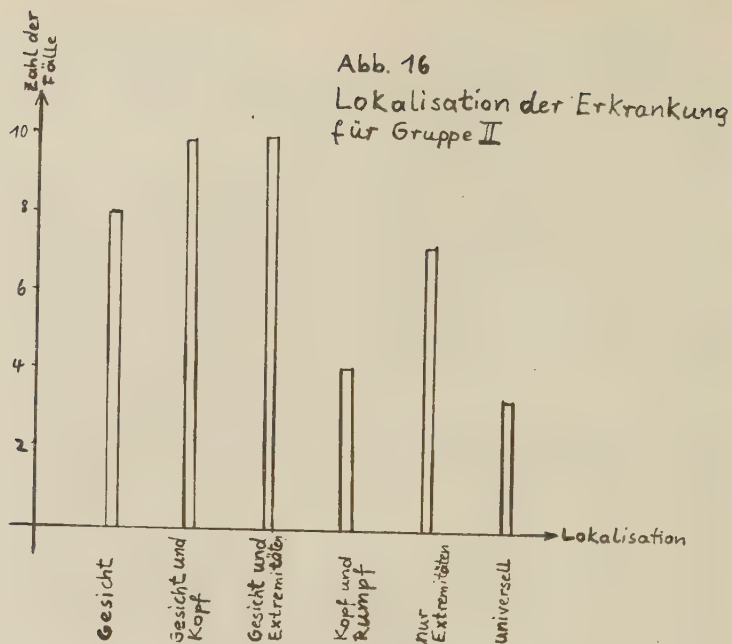
Zu Gruppe 2:

Die Patienten dieser Gruppe weisen vereinzelte Rezidive auf, die jedoch seltener als einmal im Jahr auftraten, wodurch der Begriff einer kontinuierlichen Erkrankung nicht anzuwenden ist.

Die Neigung zu Rezidiven ist bei diesen Kindern meist auf einen bestimmten Lebensabschnitt beschränkt. Nach der Pubertät pflegen bei ihnen keine Rezidive mehr aufzutreten, soweit dies aus der Beobachtungszeit zu schließen ist. Eine Ausnahme stellt ein 17jähriger junger Mann dar, der als Säugling an einer Neurodermitis erkrankt war, die jedoch bis zum zweiten Lebensjahr völlig abheilte. Mit 16 Jahren trat zum ersten Mal ein Neurodermitisrezidiv auf, zur gleichen Zeit bekam er Asthma und Heuschnupfen.

Die folgende Aufstellung gibt für die Patienten der Gruppe 2 das Verhältnis der Lebensjahre mit Ekzem zum jetzigen Lebensalter an: (41 Fälle, davon 27 Knaben, 14 Mädchen)

Jetziges Lebensalter:	Lebensabschnitt mit Erkrankungsschüben:
4 Jahre alt	6. Woche bis Ende 2. Lebensjahr
5 " "	von 1/2 bis Ende 2. Lebensjahr
6 " "	mit 4 Mon. erkrankt, 2 Rezidive
6 " "	von 1/2 bis Ende 2. Lebensjahr
8 " "	von 1/2 bis zum 4. Lebensjahr
9 " "	ab 5. Lebensjahr einzelne Rezidive
9 " "	1. - 5. Lebensjahr
9 " "	1. - 2. Lebensjahr
9 " "	2. - 3. Lebensjahr
9 " "	4. Woche bis Ende 2. Lebensjahr
9 " "	ab 1/4 Jahr bis 8. Lebensjahr
10 " "	2. - 4. Lebensjahr
10 " "	ab 2. Lebensjahr, 4 x Rezidive
10 " "	ab 1/2 Lebensjahr, 2 x Rezidive
10 " "	1. - 7. Lebensjahr
10 " "	1. - 3. Lebensjahr
11 " "	3/4 - 7. Lebensjahr
11 " "	1. - 3. Lebensjahr
11 " "	ab 2. Lebensjahr, 3 x Rezidive
12 " "	ab 1/2 Lebensjahr, 1 Rezidiv mit 11 Jahren
12 " "	2. - 6. Lebensjahr
12 " "	ab Geburt - 9. Lebensjahr



Jetziges Lebensalter:

Lebensabschnitt mit Erkrankungsschüben:

13 Jahre alt	1/2 - 2. Lebensjahr
14 " "	1. - 6. Lebensjahr
14 " "	ab 1/4 J., 2 x Rezidive
15 " "	ab Geburt - 6. Lebensjahr
15 " "	ab 6. Lebensjahr, 1 Rezidiv
15 " "	1. - 3. Lebensjahr
16 " "	1. - 6. Lebensjahr
16 " "	ab 4. Lebenswoche, mehrere Rez.
16 " "	3. - 8. Lebensjahr
16 " "	2. - 14. Lebensjahr
16 " "	1. - 3. Lebensjahr
16 " "	1. - 3. Lebensjahr
17 " "	1/4 - 2. Lebensjahr, Rezidiv im 16. Lebensjahr
17 " "	4. - 11. Lebensjahr
17 " "	3. - 9. Lebensjahr
17 " "	1. Lebensjahr, dann mehrere Rezidive
17 " "	1. - 11. Lebensjahr
17 " "	11. Lebensjahr, mehrere Rezidive
18 " "	1. - 7. Lebensjahr.

Bei zwei Knaben trat zur gleichen Zeit wie die Hauterscheinungen Asthma auf, bei einem Mädchen erst nach dem Abheilen der Neurodermitis. Urticaria fand sich bei zwei Mädchen, unabhängig von der Hauterkrankung; Heuschnupfen trat bei einem Knaben auf, der gleichzeitig mit seiner Neurodermitis auch Asthma hat.

Bei 10 Patienten seien die letzten Rezidive jeweils nach dem Genuß von Orangen, Tomaten, Erdbeeren, Fisch oder bestimmten Medikamenten aufgetreten. Seitdem diese Speisen aus der täglichen Kost eliminiert worden waren bzw. die Medikamente abgesetzt, sei kein neuer Erkrankungsschub mehr aufgetreten.

Eine Familienanamnese in Bezug auf Neurodermitis, Asthma, Urticaria oder Heuschnupfen wurde von 11 dieser Patienten angegeben. Näheres hierzu im nächsten Kapitel.

Bei der Lokalisation der Erkrankung steht im Gegensatz zu den Fällen der Gruppe 1 bei Gruppe 2 mehr die Erkrankung der Haut der Extremitäten im Vordergrund.

Abb. 16 gibt die Lokalisation der Erkrankung in Bezug auf die Anzahl der Fälle an.

Lokalisation:	Anzahl der Fälle:
Nur Gesicht	8 = 19,6 %
Gesicht und Kopf	10 = 24,5 %
Gesicht und Extremitäten	10 = 24,5 %
Kopf und Rumpf	4 = 9,3 %
Nur Extremitäten	6 = 14,7 %
Universeller Befall	3 = 7,3 %

Zu Gruppe 3:

Diese Gruppe umfaßt 52 Patienten, 18 Mädchen und 34 Knaben. Sie sind als kontinuierlich krank zu bezeichnen, weisen mindestens ein Rezidiv im Jahr auf. In den meisten Fällen sind ständig einzelne Hauterscheinungen vorhanden, jedoch werden Intensität und Lokalisation als häufig wechselnd angegeben.

43 dieser Patienten erkrankten vor der Vollendung des 2. Lebensjahres, die Dauer der Beobachtungszeit geht aus ihrem jetzigen Lebensalter hervor. Etwa 1/3 von ihnen hat die Pubertätsgrenze überschritten.

Jetziges Lebensalter:	Anzahl der Fälle:
3 Jahre alt	1
4 " "	1
5 " "	2
6 " "	1
7 " "	3
8 " "	6
9 " "	3
10 " "	3
11 " "	5
12 " "	2
13 " "	3
15 " "	3
16 " "	1
17 " "	6
18 " "	2
19 " "	1

9 Patienten der Gruppe 3 erkrankten erst nach Vollendung des 2. Lebensjahres. Die Dauer der Beobachtungszeit ergibt sich aus der folgenden Aufstellung:

Ersterkrankungsalter:	Jetziges Alter:
mit 3 Jahren	11 Jahre alt
" 5 "	15 " "
" 8 "	12 " "
" 8 "	14 " "
" 8 "	16 " "
" 9 "	18 " "
" 9 "	20 " "
" 12 "	20 " "
" 16 "	25 " "

Ein mit 16 Jahren an Neurodermitis erkrankter junger Mann, jetzt 24 Jahre alt, hatte ab 4. Lebensjahr Asthma gehabt, im 16. Lebensjahr hörte dies auf und die Neurodermitis stellte sich ein.

Lokalisation: Im Verhältnis zu den Gruppen 1 und 2 ist der universelle Befall häufiger, die Erkrankung der Extremitäten bzw. von Gesicht und Extremitäten steht im Vordergrund.

Abb. 17 gibt die Lokalisation der Erkrankung in Bezug auf die Anzahl der Fälle an.

Lokalisation:	Anzahl der Fälle:
Nur Gesicht	3 = 5,8 %
Gesicht und Kopf	4 = 7,7 %
Gesicht und Extremitäten	19 = 36,5 %
Kopf und Rumpf	3 = 5,8 %
Nur Extremitäten	13 = 25,0 %
Universeller Befall	10 = 19,2 %

Asthma wird bei 11 Fällen (= 21,5 % dieser Gruppe) angegeben. Gleichzeitig mit der Neurodermitis tritt es in 8 Fällen auf (5 Knaben, 3 Mädchen), abwechselnd mit den Hauterscheinungen in 3 Fällen.

Urticaria liegt bei 6 Patienten (2 Knaben, 4 Mädchen) vor. Heuschnupfen befallt jährlich 4 Patienten (2 Knaben, 2 Mädchen).

Mit einem sofortigen Rezidiv nach dem Genuß von Orangen, Tomaten, Erd-

beeren oder anderem Obst antworten 18 der aufgezählten Patienten.

Eine Familienanamnese wird von 10 Patienten angegeben.

10 verwendbare Antworten der durchgeführten Befragung beziehen sich auf Fälle von *Dermatitis seborrhoides*. Es handelt sich um 6 Knaben und 4 Mädchen. Inwieweit die in der Krankengeschichte gestellte Diagnose zutreffend war, kann jetzt nicht mehr mit Sicherheit bestimmt werden.

Das Ersterkrankungsalter für diese 10 Kinder ist nicht auf das erste Vierteljahr beschränkt.

Die Beobachtungszeit liegt zwischen 4 und 14 Jahren.

Es erkrankten im Alter von:	Anzahl der Fälle:
14 Tagen	1
6 Wochen	2
3 Monaten	1
6 Monaten	1
8 Monaten	1
9 Monaten	2
16 Monaten	1
12 Jahren	1

Bei 7 von diesen Kindern heilte die Erkrankung mit einem einmaligen Schub ab, bei drei traten Rezidive auf. Bei einem Mädchen, das mit 3 Monaten erkrankt war, hielt die Erkrankung bis zum 3. Lebensjahr an; bei einem anderen, das mit 9 Monaten erkrankt war, trat im 3. Lebensjahr ein Rezidiv auf; ein drittes Mädchen erkrankte mit 6 Monaten, mußte sich bis zum 2. Lebensjahr dreimal einer Klinikbehandlung unterziehen, war dann vollkommen hautgesund. Im 14. und 16. Lebensjahr trat jeweils ein Rezidiv auf, desgleichen im 16. Lebensjahr einmal Nesselfieber. Das Mädchen ist jetzt 18 Jahre alt und hautgesund.

Weitere Erkrankungen an Asthma, Urticaria oder Heuschnupfen wurden von diesen Patienten nicht angegeben, desgleichen keine Familienanamnese.

c) Schlußfolgerung

Aus den angeführten Literaturangaben geht übereinstimmend der kontinuierliche Verlauf der Erkrankung hervor. Der hohe Prozentsatz des ersten Auftretens von Hauterscheinungen in der Säuglingszeit wird hervorgehoben. Die Angabe der aus einem frühkindlichen "Ekzem" hervorgegangenen Neuroder-

mitiden schwanken zwischen 18 und 66,6 %. Auf den chronischen Verlauf wird von allen Autoren hingewiesen, doch ist meistens die genaue Dauer der Beobachtungszeit nicht angegeben.

Bei den von EDGREN (1943) nachuntersuchten 304 ehemaligen Kinderekzem-patienten, die inzwischen alle die Pubertät überschritten hatten, konnten nur 36,8 % als stabil gesund bezeichnet werden; 42,1 % wiesen Rezidive, z. T. auch noch nach der Pubertät, auf; 21,1 % mußten als kontinuierlich krank bezeichnet werden. Asthma trat bei 23 % auf, Heuschnupfen bei 10 %, Strophulus bei 5 %, Urticaria bei 27 %, angioneurotische Ödeme bei 4 %.

Nach den anderen angeführten Autoren schwankt das Manifestations-äquivalent von Asthma bei Neurodermitis zwischen 19 und 40 %, von Heuschnupfen zwischen 2,6 und 41,9 %, von Urticaria zwischen 1,3 und 50 %.

Im Vergleich dazu ergab die durchgeführte Katanamnese: von den 143 Fällen der nicht näher aufgeschlüsselten Ekzeme und Ekzematoide heilte bei einem Drittel der Patienten die Erkrankung ohne Rezidiv aus, bei der Mehrzahl dieser Patienten waren nur Gesicht oder Hinterkopf befallen gewesen, Erkrankungen an Asthma, Urticaria oder Heuschnupfen wurden nicht angegeben.

Bei einem weiteren Drittel der Patienten traten bis zur Pubertät Rezidive auf, neben der Erkrankung von Gesicht und Hinterkopf wird auch die der Extremitäten in der Mehrzahl angegeben, Asthma, Urticaria und Heuschnupfen kommen vor.

Das letzte Drittel der Patienten mußte als kontinuierlich krank bezeichnet werden, neben Erkrankung von Gesicht, Kopf und Extremitäten ist der universelle Befall häufiger, desgleichen die Frequenz von Asthma, Urticaria, Heuschnupfen.

Im Großen und Ganzen entsprechen diese Angaben denen von EDGREN (1943) und zeigen die ungünstige Prognose der Erkrankung an. Auch die anfangs gestellte Frage, ob die Neurodermitis nicht a priori vorhanden wäre, erfährt ihre Bestätigung, da immerhin bei 1/3 der Fälle der kontinuierliche Verlauf der Erkrankung von der Säuglingszeit bis zur Pubertät oder noch darüber hinaus festgestellt werden konnte.

Die Angaben für die Dermatitis seborrhoides umfassen zu kleine Zahlen, um daraus entsprechende Schlüsse zu ziehen.

7. Erblichkeitsmomente bei Neurodermitis const. infantum

Bei einem großen Teil der Fälle wird das Vorliegen einer Familienanamnese angegeben, Ekzem, Asthma, Urticaria oder Heuschnupfen kommen dabei in gleicher Weise vor. Das Vorliegen eines Vererbungsmodus muß daher angenommen werden.

DAHLBERG (1939) führt dazu aus, daß allgemein angenommen werden muß, daß nicht eine spezifische Allergieform vererbt wird, sondern eine Disposition für Allergie, die verschiedene Formen annehmen kann. Man könne sich vorstellen, daß eine Anlage für Allergien verschiedener Art vorhanden sei, von welcher ein Teil dominant sei, ein anderer rezessiv, jedoch könnte man sich auch vorstellen, daß spezielle Anlagen für gewisse Allergietypen existierten.

Mit der Familienanamnese von Kindern mit "Ekzema infantum" und Neurodermitis beschäftigten sich folgende Autoren:

SEEBACH (1938) machte an 85 in den Jahren 1920 - 23 wegen eines Ekzems behandelten Kindern nach 12 - 16 Jahren anamnestische Erhebungen. Dabei fand er, daß bei Ekzemkindern die Mutter relativ am häufigsten mit chronischen Erkrankungen belastet ist.

WORINGER (1935) stellte bei 66 trophallergischen Säuglingen Nachforschungen in der Aszendenz an, die in 33 % der Fälle negativ ausfielen. Bei den übrigen 67 % fand er entweder in direkter Aszendenz oder in Seitenlinien mehrere Fälle von Säuglingsekzemen. Es waren betroffen: in 35 % die Familie der Mutter, in 26 % die Familie des Vaters und in 6 % die Familie beider Eltern. Er fand außerdem, daß Kinder derselben Eltern im unterschiedlichen Verhältnis eine Allergie aufwiesen, wobei jedoch die nicht von diesen Erscheinungen Betroffenen überwiegen. Diese Tatsache führt er auf einen nach den Mendelschen Regeln erblichen Faktor mit rezessivem Erbgang hin.

JORDAN und KIFER (1939) fanden bei Nachuntersuchungen von 110 Säuglingen mit Ekzem, daß dies am häufigsten familiär aufträte.

EDGREN (1943) verwendet für seine Untersuchungen über die Erblichkeit die von DAHLBERG angegebene Methode der spätergeborenen Geschwister. Bei seinen 395 Fällen wird die Zahl von 293 spätergeborenen Geschwistern angegeben, von denen 18,4 % allergische Erscheinungen aufwiesen. Die Allergie-

frequenz für die Eltern beträgt in seinem Material 16,7 %. In den Fällen, wo bei den Kindern besonders schwere allergische Erscheinungen vorlagen, wird die Allergiefrequenz der Eltern mit 21,8 % angegeben.

EDGREN erwägt, daß es sich um einen komplizierten Vererbungsmechanismus handeln könnte, z. B. monohybride Dominanz oder dihybride Rezessivität. Jedoch glaubt er nicht, auf Grund seines Materials sichere Schlußfolgerungen ziehen zu können.

KOCHS (zit. nach MARCHIONINI, 1953) konnte nachweisen, daß von 221 untersuchten Probanden 61 (= 27,6 %) das gleiche Hautleiden innerhalb der Verwandtschaft registrierten, an Asthma litten sogar 83 (= 37,6 %) der gleichen Sippe.

KORTING (1954) gibt an, daß in der Sippe des Patienten mit endogenem Ekzem 45 % das gleiche Leiden hätten. Für Asthma gilt der gleiche Prozentsatz.

Beim eigenen Gesamtmaterial von 759 Fällen ließ sich eine allergische Familienanamnese bei 203 Fällen erheben (= 29 %). Bei 122 Fällen weist je ein Elternteil eines erkrankten Kindes eine allergische Affektion auf, und zwar 55 Väter und 67 Mütter. In 11 Fällen sind es beide Eltern. Die Erkrankungen der Eltern gehen zum Teil bis in die früheste Kindheit zurück.

Bei 94 Elternteilen liegen Hauterkrankungen vor,

"	16	"	"	Asthma	"	,
"	3	"	"	chron. Bronchitis	"	,
"	6	"	"	Urticaria	"	,
"	6	"	"	Heuschnupfen	"	,
"	6	"	"	Allergien gegen Obst, Primeln usw.		

Dabei ergeben sich bei den Eltern folgende Kombinationen:

Eltern mit Ekzem und Asthma:	3 Fälle,
" " " " Heuschnupfen:	1 Fall,
" " " " Urticaria:	1 Fall,
" " " " Allergie gegen Obst usw.:	3 Fälle,
" " Asthma " Heuschnupfen:	2 Fälle.

Bei 14 an Ekzem leidenden Elternteilen wiesen außer unserem Patienten noch weitere 20 Kinder ein Ekzem auf. Außerdem

bei	1 Elternteil mit	Ekzem	wies	1 weiteres Kind	Allergie gegen Obst usw. auf,
"	1 "	" Ekzem	"	1 "	" Asthma auf,
"	1 "	" Ekzem u. Asthma	"	1 "	" Heuschnupfen auf,
"	1 "	" Ekzem u. Asthma	"	4 "	" Ekzeme auf,
"	1 "	" Ekzem	"	1 "	" Ekzem u. Allergie gegen Obst,
"	1 "	" Heuschn.	"	1 "	" Ekzem auf,
"	2 "	" Heuschn.	"	2 "	" Ekzem u. Allergie gegen Obst,
"	1 "	" Urticaria	"	2 "	" Urticaria auf,
"	1 "	" Urticaria	"	1 "	" Ekzem auf,
"	1 "	" Asthma	"	5 "	" Ekzeme auf,
"	1 "	" Asthma	"	1 "	" Asthma auf.

Von 38 Ekzempatienten waren Geschwister erkrankt, ohne daß die Eltern eine entsprechende Anamnese aufwiesen.

Und zwar in 32 Fällen je 1 Geschwister an Ekzem,
 1 Fall " 2 " " " ,
 1 " " 4 " " " ,
 2 Fällen " 1 " " Asthma,
 1 Fall " 1 " " Asthma und Heuschnupfen,
 1 Fall " 1 " " Heuschnupfen.

Bei 58 Großeltern von Ekzemkindern lag eine entsprechende Anamnese vor, und zwar:

in 20 Fällen mit Ekzemen,
 " 29 " " Asthma,
 " 2 " " Heuschnupfen,
 " 1 Fall " Urticaria,
 " 2 Fällen " Allergien gegen Obst usw.,
 " 2 " " Allergien gegen Obst usw. und Ekzem.

In 19 Fällen waren allergische Anamnesen bei den Großeltern, Eltern und Kindern zu erheben. Hier läge dann ein rein dominanter Erbgang vor.

In 39 Fällen wiesen die Großeltern und die Enkelkinder allergische Erkrankun-

gen auf, die Eltern nicht.

Ein einwandfreier Vererbungsmodus läßt sich aus diesen Aufstellungen nicht aufzeigen.

Daß es sich bei dieser Erkrankung jedoch um eine endogene, d. h. vererbte Krankheitsdisposition handeln muß und nicht um eine umweltbedingte, kann mit der Zwillingsforschung nachgewiesen werden (vergl. R. LOTZE, 1937).

HÖCKER (1953) machte zum ersten Mal auf das Zwillingspaar Heidemarie und Renate H., 1947 geboren, aufmerksam. Daß es sich um eineiige Zwillinge handelt, wurde durch erbbiologische Untersuchungen nachgewiesen. In der Familienanamnese wird angegeben, daß der Vater seit seiner Kindheit an Asthma leidet, die Mutter hatte als Kind häufig Urticaria, diese Erkrankung trat auch schon bei den Zwillingen auf. Beide Zwillinge erkrankten zuerst im 6. Lebensmonat mit Hautveränderungen im Gesicht und am Hinterkopf. Zuerst war Heidemarie stärker erkrankt, jedoch wurden in der Folgezeit beide Zwillinge stets gleichzeitig in ein- bis zweijährigen Abständen in die Klinik gebracht. Etwa vom 3. Lebensjahr an imponierte die Erkrankung als typische Neurodermitis mit den Prädilektionsstellen an Kniekehlen und Ellenbeugen. Die Rezidive traten besonders im Herbst oder Winter auf. Die Zwillinge sind jetzt 12 Jahre alt, die Hauterscheinungen dauern an.

Bei Gisela und Dieter Sch., geboren 1940, handelt es sich um ein zweieiiges Zwillingspaar. Obwohl bei zweieiigen Zwillingen der Erbmechanismus dem von Geschwistern gleicht (vergl. LOTZE, 1937) und sie sehr unterschiedliche Merkmale aufweisen können, fällt in diesem Fall die gleichartig lautende Anamnese auf. Die Familienanamnese ist ohne Besonderheiten. Beide Kinder erkrankten im Alter von 4 Monaten an "Milchschorf", der allmählich abheilte. Als sie mit eineinhalb Jahren diphtherieschutzgeimpft wurden, trat eine starke Verschlechterung des Hautzustandes ein, der ganze Körper und die Extremitäten, weniger der Kopf, waren mit eitrigen Krusten bedeckt. Nachdem die stärkeren Hauterscheinungen abgeheilt waren, blieb der typisch neurodermitische Befall der Ellbeugen, Kniekehlen und des Nackens manifest. Im Frühjahr und Herbst pflegten sich die Hauterscheinungen zu verschlechtern, desgleichen reagieren beide auf Beerenobst, Zucker, Schweinefett und verschiedene Medikamente sofort mit verstärktem Juckreiz. Der Junge bekam zu seiner Neurodermitis im 6. Lebensjahr Asthma dazu. Die Anfälle treten unabhängig von einer Besserung oder Verschlechterung des Hautleidens auf. Die Zwillinge sind jetzt 19 Jahre alt, die Neurodermitis hält an.

Bei den Zwillingen Hans-Peter und Karl-Heinz W., 1944 geboren, handelt es sich wahrscheinlich um eineiige Zwillinge, ein genauer Nachweis darüber konnte nicht erbracht werden. Ihre Familienanamnese ist ohne Besonderheiten. Sie wurden beide im Alter von 5 Wochen mit einer universellen seborrhoischen Dermatitis in die Klinik gebracht, die bei beiden in gleicher Stärke und Lokalisation aufgetreten war. Die Erkrankung heilte mit dem einen Schub ab. Einer der Zwillinge starb noch im ersten Lebensjahr, der andere ist seit der damaligen Klinikbehandlung gesund.

C. ZUSAMMENFASSUNG

1. Es wurden 759 Krankengeschichten der Jahrgänge 1942 - 57 der Dermatologischen Universitätsklinik München ausgewertet. 54 davon fallen unter die Diagnose der Dermatitis seborrhoides, 715 gehören zu den kindlichen Ekzemen bzw. Ekzematoiden, die unter den verschiedensten synonymen Diagnosen aufgeführt worden waren.
2. Die Untersuchung in Bezug auf Geschlechtzugehörigkeit ergab 45,7 % Mädchen. In der Literatur wird meist ein stärkeres Überwiegen der Knaben angegeben.
3. Das Ersterkrankungsalter für die Dermatitis seb. liegt in der Hauptsache im ersten Lebensvierteljahr, eine spätere Erkrankung ist möglich. Diese Tatsache kann nicht zur Differentialdiagnose gegen die Neurodermitis const. inf. (bzw. Ekzeme und Ekzematoide im frühen Kindesalter) gewertet werden. Für diese Erkrankung liegt die Erstmanifestation desgleichen im ersten Lebensjahr mit einem Gipfel im ersten Vierteljahr.
4. Die Abhängigkeit bzw. Auslösung des Auftretens der ersten Hauterscheinungen von Geburtsverlauf und -gewicht, als Folge von Impfungen und Infekten und der Zusammenhang mit der Stillzeit bzw. künstlichen Ernährung konnten nicht nachgewiesen werden.
5. Um über den Verlauf der Erkrankung genauere Angaben zu erhalten, wurde für 300 ausgewählte Fälle eine Katanamnese durchgeführt. 153 (= 51 %) verwendbare Antworten trafen ein. 10 davon beziehen sich auf die Dermatitis seb., 143 auf die nicht aufgeschlüsselten Ekzeme bzw. Ekzematoide.

6. Nach dem Verlauf lassen sich die Fälle in drei Gruppen einteilen.
 Gruppe 1: Erkrankung heilte mit einmaligem Schub bis zum 2. Lebensjahr ohne Rezidive aus. Gruppe 2: es traten einzelne Rezidive auf, jedoch seltener als einmal jährlich. Gruppe 3: diese Patienten sind als ständig krank zu bezeichnen, mindestens einmal jährlich traten Rezidive auf. Sie stehen im folgenden Verhältnis zueinander:
 Gruppe 1 : Gruppe 2 : Gruppe 3 = 50 : 41 : 52 Fällen.
 Die einzelnen Beobachtungszeiten sind angegeben.
7. Gruppe 1 umfaßt 50 Fälle. Die Erkrankung heilte rezidivlos bis zum 2. Lebensjahr aus. In der Hauptsache waren Gesicht und Kopf befallen (= 56 %). In keinem der Fälle trat später Asthma, Urticaria, Heuschnupfen auf. Die Familienanamnese war in 2 Fällen positiv angegeben.
8. Gruppe 2 umfaßt 41 Fälle. Bei diesen Kindern traten einzelne Rezidive auf, jedoch nicht mehr nach der Pubertät. Bei 5 Fällen (= 12,0 %) trat Asthma auf, Urticaria in 2 Fällen (= 4,9 %), Heuschnupfen einmal (= 2,5 %). 10 Patienten (24,4 %) reagierten mit einem sofortigen Rezidiv auf den Genuß von Tomaten, Erdbeeren etc. hin. Die Familienanamnese war in 11 Fällen (= 26,9 %) positiv. Bei der Lokalisation überwiegt neben dem Befall von Kopf und Gesicht der der Extremitäten (44,1 % bzw. 39,2 %).
9. Gruppe 3 umfaßt 52 Patienten, die als kontinuierlich krank zu werten sind, sie weisen mindestens einmal jährlich ein Rezidiv auf. Die Pubertätsgrenze wird überschritten. Auch bei dieser Gruppe überwiegt der Befall von Gesicht und Extremitäten (= 61,5 %). Jedoch ist auch der universelle Befall mit 19,2 % höher als bei den anderen Gruppen.
- Asthma tritt bei 21,5 % der Fälle auf, Urticaria bei 11,5 %, Heuschnupfen bei 7,7 %. Mit einem sofortigen Rezidiv nach Genuß von Orangen, Tomaten etc. reagieren 34,6 %. In 10 Fällen liegt eine positive Familienanamnese vor.
10. Für die Dermatitis seb. erbrachte die Befragung nur 10 verwendbare Antworten. 9 dieser Kinder waren bis spätestens zum 3. Lebensjahr vollkommen geheilt, bei einem Fall traten Rezidive im 14. und 16. Lebensjahr auf, desgleichen Urticaria.

Weitere Erkrankungen an Asthma, Urticaria, Heuschnupfen wurden nicht angegeben, desgleichen keine Familienanamnese.

11. Bei einem Gesamtmaterial von 759 Fällen ließ sich eine Familienanamnese von 203 Fällen erheben (= 29,0 %).

Bei 122 Fällen liegen bei je einem Elternteil eine Hautaffektion, Asthma oder dergl. vor, in 11 Fällen bei beiden Elternteilen.

Bei 14 an Ekzem leidenden Elternteilen wiesen außer unserem Ekzempatienten noch weitere 20 Geschwister Hautaffektionen vom Typ einer Neurodermitis auf.

Von 38 Ekzempatienten war je ein Geschwister erkrankt, ohne daß die Eltern eine entsprechende Anamnese aufwiesen.

Bei 58 Ekzemkindern wiesen die Großeltern entsprechende Erkrankungen auf, davon war 19mal die Reihe der Erkrankungen bei Großeltern, Eltern und Kindern zu verfolgen, 39mal nur bei Großeltern und Kindern.

12. Ein einfacher Vererbungsmodus läßt sich hieraus nicht festlegen, zumal die einzelnen Erkrankungen (Neurodermitis bzw. Ekzem, Asthma, Urticaria, Heuschnupfen) differieren.
13. Daß jedoch ein Vererbungsmodus vorliegen muß, wird an drei Zwillingspaaren nachgewiesen, wo jeweils die Erkrankung zur gleichen Zeit, mit gleicher Stärke und Lokalisation auftrat.

D. LITERATURVERZEICHNIS

- Bacal, H. L.: Allergy in Childhood.
Canad. Med. Ass. J. 39, 41 (1938)
- Bamber, G. W.: An inquiry into causes of infantil facial eczema and the relations of Besnier's prurigo to this condition.
Brit. J. Dermat. 43, 279 (1931)
- Brunsting, L. A.: Atopic dermatitis of young adults.
Arch. Dermat. Syph. Chicago 34, 935, (1936)
- Dahlberg, G.: "Die Vererbung der allergischen Disposition"
in Kallos, P.: Fortschritte der Allergielehre.
Basel-New-York (1939)
- Edgren, G.: Prognose und Erblichkeitsmomente bei
Ekzema infantum.
Acta paediatr. (Stockholm)
30, Suppl. 2 (1943)
- Finkelstein, H.: Ekzem und ekzemähnliche Dermatosen
in M. v. Pfaundler und A. Schlossmann:
Handbuch der Kinderheilkunde.
Berlin 1935 F. C. W. Vogel, S. 464
- Goodman, H. und M. E. Burr:
Eczema in infancy and childhood.
II Theoretical considerations and some contributing factors.
Arch. Pediatr. 54, 30 (1937)
- Haxthausen, H.: Le prurigo de Besnier.
Ann dermat. syph. 6, 312 (1925)
- Hill, L. W. und M. B. Sulzberger:
Evolution of atopic dermatitis.
Arch. Dermat. syph., Chicago
32, 451 (1935)

- Hill, L. W.: Nomenclature, classification and pathogenesis of "eczema" in infancy.
Arch. Dermat. Syph., Chicago
66, 212 (1952)
- Höcker, H.: Gleichzeitiges Auftreten eines exsudativen Ekzematoids bei eineiigen Zwillingen.
Der Hautarzt (1953)
- Jordan, A. P. und E. L. Kifer:
Evolution de l'eczéma chez les enfants.
Pédiatrie 1, 42 (1939)
- Kochs, A. G.: Untersuchungen zur Konstitutions- und Erblichkeitsfrage bei der atopischen Dermatitis.
Arch. Dermat. Syph. 193, 363 (1951)
- Korting, G.: Zur Pathogenese des endogenen Ekzems.
Stuttgart 1954 Georg Thieme
- Lotze, R.: Einführung in die Zwillingsforschung.
Oeringen 1937
- Marchionini, A.: Neurodermitis, atopische Dermatitis, spätexsudatives Ekzematoid in "Fortschritte der praktischen Dermatologie"
Springer Berlin 1952
- Moro, E.: Ekzema infantum und Dermatitis seborrhoides.
Berlin 1932, Julius Springer.
- Moro, E. und L. Kolb: Über das Schicksal von Ekzemkindern.
Mschr. Kinderhk. 9, 428 (1910)
- Müller, A.: Zur Kenntnis der exsudativen Diathese.
Arch. Dermat. Syph., Berlin 159, 25 (1929/30).
- Nelson, T.: Constitution and allergic manifestations.
J. Allergy 5, 124 (1933)
- Nexmand, P. H.: Besniers Prurigo. Copenhagen 1948.
Rosenkilde und Agger

- O'Donell, F. J.: Besnier's Prurigo.
Irish. J. med. Sc. 1957, 175
- O'Keefe, E. S. und F. M. Rackemann:
Eczema; its relations to allergy
J. Amer. Ass. 92, 883 (1929)
- Opitz, H.: Umfrage über die derzeitige Häufigkeit und
diätetische Behandlung des Ekzems.
Kinderärztliche Praxis 23, 116 (1955)
- Purdy, M. J.: The long-term prognosis in infantile eczema.
Brit. Med. J. 4824, 1366 (1953)
- Rost, G. A.: Über das Ekzemproblem.
Münch. med. Wschr. 1933, 287
- v. Schulthess-Rechberg, H.:
Über das Schicksal von Ekzemkindern
Zürich 1918, Dissertation.
- Seebach, W.: Durchuntersuchung bei Ekzemkindern der
Göttinger Hautklinik
Göttingen 1938, Dissertation.
- Smyth, F. S., K. M. Bain und M. Stallings:
Infantile Eczema.
A study based on one hundred and sixty cases.
J. Amer. Med. Ass. 97, 1291 (1931)
- Tachau, R.: Die exsudative Diathese Czernys.
Zbl. Haut-Geschlkrh. 20, 129 (1926)
- Vowles, M., R. P. Warin und J. Apley:
Infantile Eczema:
Observations on Natural History and Prognosis.
Brit. J. Dermat. 67, 182 (1956)
- Walker, R. B. und R. P. Warin:
The incidence of eczema in early childhood.
Brit. J. Dermat. 68, 182 (1956)
- Woringer, P.: Sur les rapports de l'eczéma avec l'allergie chez
nourisson.
Rev. fr. pédiatr. 11, 409 (1953)

E. LEBENSLAUF

Ich wurde am 8. November 1935 in Teuchern bei Weißenfels/Saale als viertes Kind des praktischen Arztes Dr. med. Theodor Sommer und seiner Ehefrau Margarete, geb. Abrolat, geboren.

Am 1. September 1942 trat ich in die Volksschule zu Teuchern ein, und besuchte dann ab 1945 die Mittelschule am gleichen Ort. Von September 1949 bis März 1953 war ich an der Goethe-Oberschule in Weißenfels/Saale, wo ich die Reifeprüfung ablegte.

Im März 1953 verließ ich die Ostzone und kam nach München. Nach kurzem Besuch der dortigen St.-Anna-Oberrealschule unterzog ich mich im Oktober 1953 am Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus einer zweiten Reifeprüfung.

Im November 1953 begann ich mit dem Studium der Medizin an der Universität München. Hier legte ich im Frühjahr 1956 nach dem 5. Semester das Physikum ab und beendete am 8. Juni 1959 nach 11 Semestern mein Studium mit dem Staatsexamen.

Zur Zeit bin ich als Medizinal-Assistentin am Kreiskrankenhaus Memmingen/Allgäu auf der Chirurgischen Abteilung tätig.

